

การพัฒนาความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7

นางสดุติ ภูห่องไสย, นางกัญญา จันทร์พล
นางอโนทัย ฝ่ายขาว, นางสาวปาริชาติ ชนะหาญ
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียนผู้สูงอายุ เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของจังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคามและร้อยเอ็ด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และแบบสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-69 ปี สถานภาพสมรส คู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรกรรม มีดัชนีมวลกายระดับอ้วน ($25.0-29.9 \text{ กก./ม}^2$) รอบเอวเกิน มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน รองลงมาโรคความดันโลหิตสูง ไปพบแพทย์ตามนัด และไปพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจฟัน/ขูดหินปูน การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุสามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ วางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิก และแกนนำผู้สูงอายุ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลได้ เมื่อประเมินผล พบว่า หลังการใช้แผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ผู้สูงอายุมีความรู้ พฤติกรรม และความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และมีความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ พฤติกรรม และความรู้ด้านสุขภาพที่ดีมากขึ้น สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจนนำไปใช้เพื่อให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Abstract

The action research aims to study situation of elderly health, development of health literacy and compare of health literacy before and after used to individual care plan in Khon Kaen, Kalasin, Mahasarakham and Roi Et Province. Purpose sample was used to recruit 60 elderly people. The data were collected from group meetings, non-participant observation and interview questionnaires. Descriptive statistics, namely frequency, percentage, mean, standard deviation, range and paired t-test were used with quantitative data. Qualitative data was analyzed using content analysis.

The results showed that most elderly were female age between 60-69 years old, married status were couple, educated were primary, occupation were farmer, body mass index were Obesity (25.0-29.9 kg./m²), waist circumference >height 10 cms. (82.9%) Diabetes mellitus (52%) Hypertension (42%) teeth check-up (42.9%) depression (2.9%). The process of development of health literacy begins with study to situation, then designs enhanced health literacy used individual wellness plan of elderly, discussion between elderly. The results showed that the average score of knowledge, health behavior, and health literacy after intervention was higher than at a statistically significant (p-value<0.001).

Keyword: Health literacy, Health promotion behaviors, Elderly

1. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 และกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ปี 2564 และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ในปี พ.ศ.2578 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) โดยประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุสูงมากเป็นที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เมื่อพิจารณาประเทศไทยในรายภูมิภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรสูงอายุมากที่สุด คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนประมาณ 3.5 ล้านคน (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2561) ซึ่งการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว โดยเฉพาะมีผู้สูงอายุบางส่วนอยู่คนเดียวไม่มีผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล/ดูแลตนเองมีร้อยละ 86.2 ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลปรนนิบัติมีเพียง ร้อยละ 13.8 และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีร้อยละ 75.1 จากการสำรวจประชากรสูงอายุ ปี 2560 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) พบว่า ปี 2554 ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพัง ร้อยละ 8.6 และเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 8.7 และ 10.8 ในปี 2557 และ 2560 ตามลำดับ ในขณะที่การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มโรคติดต่อไม่เรื้อรัง จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (วิชัย เอกพลากร. (บก.), 2557) พบว่า 5 อันดับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นโรคไม่ติดต่อที่ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.2 ภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 49.4 ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ร้อยละ 46.8 โรคอ้วน (BMI \geq 25 กก./ตร.ม.) ร้อยละ 35.4 และเบาหวาน ร้อยละ 18.1 สอดคล้องกับข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ที่พบว่ามีอาการออกกำลังกาย ร้อยละ 26.5 รับประทานผัก/ผลไม้ ร้อยละ 32.4 ดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ ร้อยละ 59.8 สูบบุหรี่ ร้อยละ 7.3 ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 2.3 และร้อยละ 1.2 สูบบุหรี่และดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 (กรมอนามัย, 2556) พบผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 26 ซึ่งน้อยกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 30) ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นตามการสูงวัยของประชากรที่คาดการณ์ว่า ค่าใช้จ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุในอีก 12 ปีข้างหน้า เพิ่มขึ้น 3.6 เท่า และสูงกว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมทุกอายุ จาก 63,565.1 ล้านบาท ในพ.ศ.2553 เป็น 228,482.2 ล้านบาท ในพ.ศ. 2565 หรือจากร้อยละ 2.1 ต่อ GDP เป็นร้อยละ 2.8 ต่อ GDP ในช่วงเดียวกัน (แผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 12)

ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุกำลังจะกลายเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่ที่สุดในสังคม ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญาอันสืบเนื่องมาจาก ความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย โดยเฉพาะประสาทสัมผัสต่างๆ ผู้สูงอายุไม่เพียงต้องมีการตัดสินใจและจัดการเรื่องภาวะโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เท่านั้น แต่มีการพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์มากขึ้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง และมีข้อจำกัดในการฟังและอ่าน คำแนะนำ ข้อมูลสุขภาพ หรือใบสั่งยาของแพทย์ ซึ่งมีความจำเป็นต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ที่ประกอบด้วย ทักษะ

ทางการรับรู้ และทักษะทางสังคมในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้วย วิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเองการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุที่ผ่านมา มุ่งเน้นความสามารถพื้นฐานมากเกินไป ให้ความสำคัญในการพัฒนาทักษะค่อนข้างน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในขณะที่การเข้าถึงข้อมูลของผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยปัจจุบันยังอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ คือ ระดับต่ำ-พอใช้ (กิจปพน ศรีธานี, 2560; อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้วและคณะ, 2561) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะในการฟังการอ่าน และการเขียนลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพคลาดเคลื่อน เกิดข้อจำกัดในการสื่อสารสุขภาพ โดยเฉพาะการสื่อสารสองทางกับบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งข้อจำกัดในการสื่อสารสุขภาพดังกล่าว นอกจากเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยแล้ว ยังเป็นผลจากอิทธิพลของวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

การสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผ่านชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นการดำเนินงานอีกรูปแบบหนึ่งที่ดำเนินงานร่วมกันของหลายภาคส่วน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ปีงบประมาณ 2561 ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ อาทิเช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยและผู้แทนจากโรงเรียนผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 7 และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตสุขภาพที่ 7 ได้ร่วมขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ โดยจัดทำและใช้หลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ” เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อยอดงานส่งเสริมสุขภาพ จากความรู้สู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 7 ผู้วิจัยจึงจัดทำโครงการสร้างความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยสูงอายุขึ้น โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุมีความสามารถตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อในด้านสุขภาพได้ โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจากการสร้างแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Individual Wellness Plan) ได้ถูกนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและประเมินผลต่อไป

2.วัตถุประสงค์

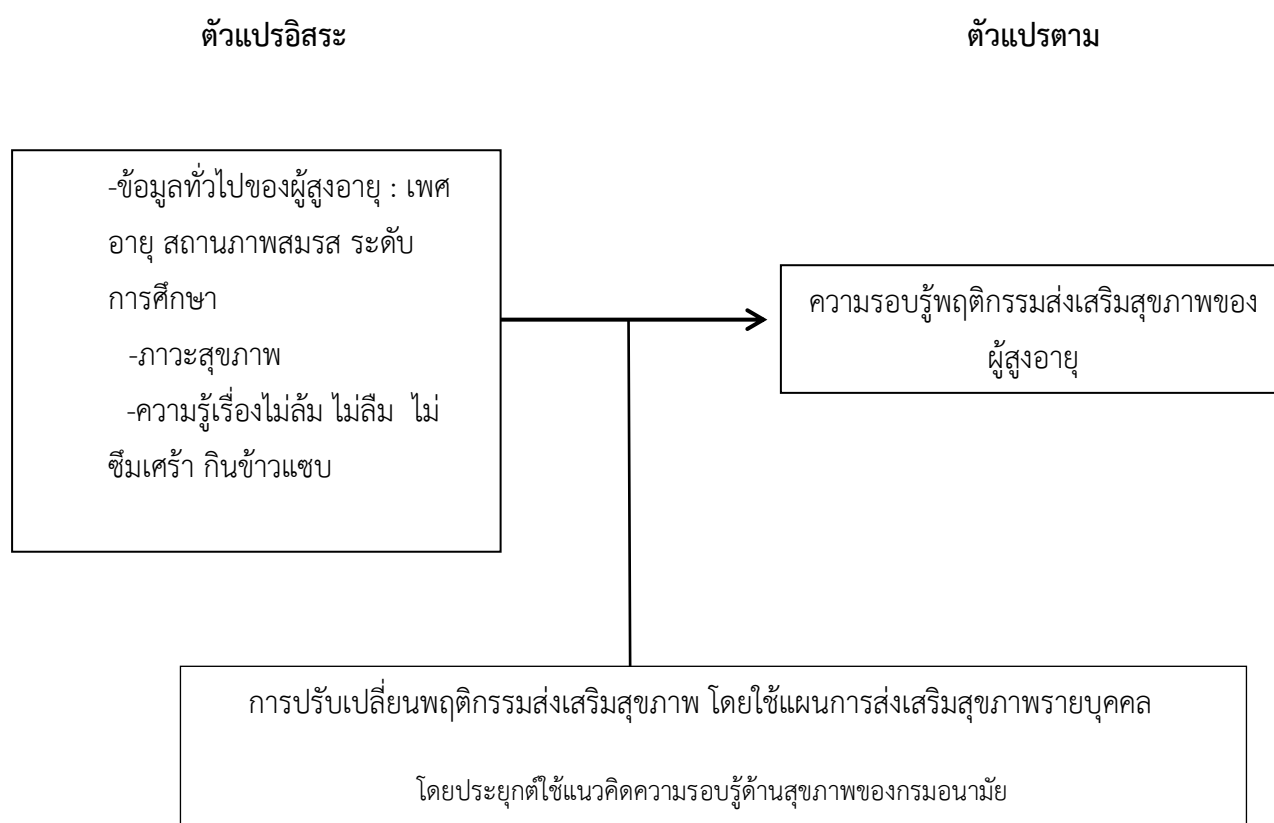
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพ ความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 ด้วยแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการสร้างความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7

3. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือและสร้างความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

แผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Individual Wellness Plan) เป็นแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพเฉพาะรายบุคคล ใช้เป็นเครื่องมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ด้วยการทำเป็นตารางประจำวัน ในแต่ละวัน แต่ละชั่วโมงจะทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง

หลักสูตรไม่ลัม ไม่ลีม ไม่ซิมเศร้า กินข้าวแซบ จัดทำเป็นแผนการเรียนรู้ที่ใช้สำหรับสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 เรื่อง คือ 1) ไม่ลัม มีเนื้อหาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่บ้าน และการดูแลสายตา 2) ไม่ลีม เนื้อหาเกี่ยวกับ วิธีการบริหารสมอง 3) ไม่ซิมเศร้า เนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด 4) กินข้าวแซบ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ อาหารเฉพาะโรค และการดูแลสุขภาพช่องปาก

2.แบบสัมภาษณ์ ใช้ในการประเมินความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียน7 พัฒนาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของประชาชน เรื่อง 3๐2ส ของกองสุขศึกษาระดับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, Department of Health Service Support, Division of Health Education, 2015) ซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้ได้ผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยมีการผ่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านเพื่อประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และมีการทดลองใช้ในผู้สูงอายุแล้วจำนวน 20 คนแล้วเพื่อหาความเชื่อมั่นซึ่งพบว่าแบบสอบถามมีค่าคอนบาร์คเอลฟา>0.7 ซึ่งถือว่าใช้ได้ และมีการประชุมทีมวิจัยเพื่อทำความเข้าใจในแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อ และการใช้ภาษาในการสัมภาษณ์โดยการสัมภาษณ์จะใช้ผู้สัมภาษณ์คนเดิมในทุกพื้นที่ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2 ข้อ 2) ความรู้ ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 10 ข้อ 3) การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน 2 ข้อ 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5 ข้อ 5) การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตนเอง 10 ข้อ 6) การบอกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 ข้อ คะแนนเต็ม 58 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 2 ระดับ 1-34 คะแนน ไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 35-58 คะแนน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.4 การพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย รหัสเลขที่ 007 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และประโยชน์ที่ตัวอย่างจะได้รับ มีสิทธิถอนตัว จากการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีข้อผูกมัด ข้อมูลของตัวอย่างจะถูกเก็บไว้

เป็นความลับ กรณีที่ยินดีเข้าร่วมโครงการให้ลงนามยินยอมในเอกสารที่ได้รับการชี้แจง ตัวอย่างต้องใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 15 – 20 นาที

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ

1. ศึกษาข้อมูล/วรรณกรรม ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุ
2. เลือกพื้นที่โรงเรียนผู้สูงอายุนำร่องในแต่ละจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 7 จำนวนทั้งสิ้น 4 แห่ง
3. ศึกษาสถานการณภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ 4 แห่ง ใน 4 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 7
4. ชี้แจงสถานการณภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ในพื้นที่แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ แกนนำในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครู กศน. ผู้นำชุมชนครูใหญ่/ผู้บริหารโรงเรียนผู้สูงอายุ แกนนำผู้สูงอายุจากชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุใน 4 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 7

ระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือและสร้างความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาารูปแบบการความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ พื้นที่รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ 7 โดยแกนนำ/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการสร้างแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Individual Wellness Plan) ซึ่งมีการจำลองกระบวนการสร้างแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลจริง ทดลองทำและปรับปรุงจนได้รูปแบบเป็นที่พึงพอใจ และนำรูปแบบฯ ไปใช้ในโรงเรียนผู้สูงอายุทั้ง 4 แห่ง โดยมีการให้ความรู้ด้วยแผนการเรียนรู้

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผล

การประเมินประสิทธิผลรูปแบบฯ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และ ค่าสูงสุด และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบตัวแปรเชิงปริมาณระหว่างก่อนและหลังการใช้แผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้วยสถิติ Paired t-test

4. ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

ผลการศึกษาจากแบบสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.1 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 62.9 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.9 ส่วนใหญ่มีโทรศัพท์ใช้แต่ไม่ใช้อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 44.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=70)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60-69	44	62.9
70-79	22	31.4
80 ปีขึ้นไป	4	5.7
Min-Max	60-82	
เพศ		
ชาย	16	22.9
หญิง	54	77.1
สถานภาพสมรส		
โสด	2	2.9
คู่	43	61.4
หม้าย หย่า แยก	25	35.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	1.4
ประถมศึกษา	52	74.3
มัธยมศึกษา	10	14.3
อนุปริญญา	1	1.4
ปริญญาตรี	5	7.2
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.4
รับจ้าง	3	4.3
อื่นๆ	1	1.4

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=70) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	16	22.9
เกษตรกรรม	37	52.9
ค้าขาย/ธุรกิจ	4	5.7
ข้าราชการบำนาญ	9	12.8
รับจ้าง	3	4.3
อื่นๆ	1	1.4
โทรศัพท์		
ไม่มี	24	34.3
มีไม่ใช้อินเทอร์เน็ต	31	44.3
มีใช้อินเทอร์เน็ต	15	21.4
ระยะเวลาการมาโรงเรียนผู้สูงอายุ		
1-2 ปี	14	20.0
2-5 ปี	23	32.9
มากกว่า 5 ปี	33	47.1

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายระดับอ้วน(25.0-29.9 กก./ม²) ร้อยละ 45.7 รอบเอวเกิน ร้อยละ 82.9 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.4 โดย โรคที่พบเป็นอันดับหนึ่ง คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 52.0 รองลงมาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.0 ส่วนใหญ่ในรอบปีผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 57.1 และพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจฟัน/ขูดหินปูน ร้อยละ 42.9 และเสียงซิมเส้ร่า ร้อยละ 2.9 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=70)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (กก/ม²)		
ผอม (<18.5)	2	2.9
ปกติ (18.5-22.9)	14	20
ท้วม (23.0-24.9)	19	27.1
อ้วน (25.0-29.9)	32	45.7
อ้วนมาก (30+)	3	4.3

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=70) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความดันโลหิต		
ปกติ	43	61.4
สูง (มากกว่า 140/90 มม.ปรอท)	27	38.6
รอบเอว		
ปกติ (\leq ส่วนสูงหาร 2)	12	17.1
เกิน ($>$ ส่วนสูงหาร 2)	58	82.9
โรคประจำตัว		
ไม่มี	20	28.6
มี	50	71.4
เบาหวาน	26	52.0
ความดันโลหิตสูง	21	42.0
หัวใจและหลอดเลือด	7	14.0
ไขมันในเลือดสูง	4	8.0
มะเร็ง	2	4.0
อื่นๆ (เก๊าท์ กระเพาะ ไทรอยด์ หอบหืด ภูมิแพ้ฯ)	18	16.0
การไปพบแพทย์ในรอบปี		
ไม่เคยไปหาหมอเลย	4	5.7
มีโรคประจำตัวไปหาหมอตามนัดทุก 2-6 เดือน	40	57.1
ไม่มีโรคประจำตัวและไปหาหมอเพื่อตรวจสุขภาพประจำปี	8	11.4
ไปหาหมอเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น	18	25.7

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=70) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
การไปพบทันตบุคลากรในรอบปี		
ไม่ได้ไป	27	38.6
ไปเพราะอาการเจ็บป่วย	13	18.6
ไปเพื่อตรวจฟัน/ชุดหินปูน	30	42.9
ภาวะซีมเศร้า		
ไม่เสี่ยง	68	97.1
เสี่ยง	2	2.9

ระยะที่ 2 พัฒนาเครื่องมือและสร้างความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การพัฒนาเครื่องมือสร้างความรอบรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้เครื่องมือ คือ แผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลที่นำไปใช้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ร่วมกับหลักสูตรไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซีมเศร้า กินข้าวแซบ ผลการศึกษา พบว่า โรงเรียนผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้แผนการเรียนรู้ตามหลักสูตรไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซีมเศร้า กินข้าวแซบ ร่วมกับแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ผู้สูงอายุทุกคนสามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว วางแผนแก้ไขปัญหาได้ แต่การเขียนแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลโดยผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถเขียนเองได้ ต้องมีแกนนำโรงเรียน และลูกหรือหลานช่วยเขียนให้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้ แต่บางคนที่มีปัญหา เช่น การ ในบางคนที่และกำกับติดตามการใช้แผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุ เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแกนนำโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นที่ปรึกษาในทุกกระบวนการเรียนรู้

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผล

การประเมินความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้แผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล พบว่าในส่วนขององค์ประกอบรายด้าน ได้แก่ ความรู้ การตอบโต้ พฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่า *P*-value น้อยกว่า 0.05 ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลเป็นเพียงด้านเดียวที่ไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการใช้แผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (*P*-value=0.196)

และเมื่อพิจารณาคะแนนภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพจากคะแนนเต็ม 58 คะแนน พบว่าคะแนนเฉลี่ย± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพิ่มขึ้นจาก 52.11 ± 3.20 คะแนน เป็น 55.91 ± 2.01 คะแนน เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่า *P-value* น้อยกว่า 0.001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนาความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ :เขตสุขภาพที่ 7 (*n*=70)

	ก่อนการใช้แผนการดูแล Mean±SD	หลังการใช้แผนการดูแล Mean±SD	t (df=69)	<i>P-value</i>
เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	2.60±0.57	2.71±0.46	1.304	0.196
ความรู้	8.34±0.78	9.59±0.63	10.894	<0.001*
ตอบโต้	2.47±0.50	2.74±0.50	3.151	0.002*
ตัดสินใจ	2.89±0.32	2.99±0.12	2.412	0.019*
พฤติกรรม	33.21±2.23	35.03±1.75	5.297	<0.001*
บอกต่อ	2.60±0.57	2.86±0.35	3.005	0.004*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	52.11±3.20	55.91±2.01	8.572	<0.001*

P-value from Paired t-test *= Significant at *p*<0.05

5.อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการใช้แผนการดูแล ส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ร่วมกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้หลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าว แซบในโรงเรียนผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาพรวมและรายประเด็นสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่า *p-value* น้อยกว่า 0.05 ยกเว้น การเข้าถึง ข้อมูลด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ เนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เข้ามาร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้รับองค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ จากหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ มีเนื้อหาที่พัฒนาขึ้นจากการร่วมมือของ แกนนำครูผู้สอนในโรงเรียนผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย(กศน.) ศูนย์สุขภาพจิต เขต 7 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ศูนย์อนามัยที่ 7 ให้มีความถูกต้องและเชื่อถือได้ รวมทั้งการเลือกใช้ภาษา และกิจกรรมการเรียนการสอนของหลักสูตร ตลอดจนกระบวนการเรียนรู้ปรับให้ เหมาะสม และสร้างความสนใจของผู้เรียนที่เป็นผู้สูงอายุ ในขณะที่กระบวนการค้นหาเนื้อหาที่ใช้ในหลักสูตร เป็นการฝึกปฏิบัติการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการในการพัฒนาความรู้ด้านพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ของครูแกนนำโรงเรียนผู้สูงอายุ นำไปสอนผู้สูงอายุในโรงเรียน เป็นการบอกต่อพฤติกรรม

สุขภาพที่เหมาะสมกับบุคคลรอบข้าง ครอบครัว และชุมชน เมื่อผู้สูงอายุในโรงเรียนได้รับกระบวนการเรียนการสอนที่พัฒนา และบอกต่อจากแกนนำครูผู้สอน เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในขณะที่มีกระบวนการเรียนรู้ในโรงเรียนนั้น ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้มีการพัฒนาต่อยอดการเรียนรู้ เพื่อสร้างความตระหนักให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการสร้างเครื่องมือที่เรียกว่า การวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วม โดยแกนนำครูผู้สอน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงเรียน แกนนำชุมชน ร่วมออกแบบการจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง การกำกับติดตามการจัดทำแผน กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างสมาชิก การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุในโรงเรียนที่มีความสนใจในการใช้แผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา การวางแผนนั้น จะทำให้เกิดกระบวนการวิเคราะห์ปัญหา มีการแสวงหาข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ เลือกทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ การใช้วิจารณญาณในการเชื่อหรือตัดสินใจการกระทำ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามคำแนะนำของแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ ประเมินความสามารถตนเอง รวมทั้งบรรยากาศของโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีการมาร่วมทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เล่าประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างสมาชิก เป็นการทำให้ผู้สูงอายุบอกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม กับบุคคลรอบข้าง สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งคนในชุมชน เกิดเป็นกระบวนการเข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบซักถาม ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ เกิดเป็นวงจรความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม จนทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ในที่สุด ซึ่งการพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ (วิมลรัตน์ บุญเสถียรและอรทัย เจริญทิพย์สกุล,2020)

1. การค้นหาข้อมูลสุขภาพและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับก่อนนำมาใช้
2. การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อนำมาใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง
3. การสื่อสารสองทางโดยการโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ และสามารถตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม
4. การจัดการตนเอง ในการใช้ทักษะการคิด และตัดสินใจ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีเป้าหมายให้ตนเองมีสุขภาพดี หรือใช้ชีวิตให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นได้

สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา (นิริรัตน์ บุญตานนท์,ศินาทิพานอก และนารีรัตน์ สุรพัฒน์ชาติ, 2562)โดยโปรแกรมฯ ประกอบด้วยการสอนแบบบรรยาย ถามตอบฝึกทักษะ และการใช้สื่อประกอบการเรียนรู้ ซึ่งประยุกต์กรอบแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพ ของกรมอนามัย ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ 2) ความเข้าใจด้านโภชนาการ 3) การโต้ตอบซักถาม 4) การตัดสินใจ 5) การเปลี่ยนพฤติกรรม และ6) การบอกต่อ ที่พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับ

โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการ ภาพรวม และ รายประเด็น ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ การเข้าใจด้านโภชนาการ การโต้ตอบ ชักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.001 และและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการหลังได้รับโปรแกรม ทั้งภาพรวม และ ราย ประเด็นทุกด้าน แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.001 การศึกษาผลของโปรแกรม การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน(เอื้อจิต สุขพูล,ชลดากิ่งมาลา,ภาวิณี แพงสุข,ธวัชชัย ยืนยาว และวัชรวิรงค์ หวังมัน,2563) พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูง กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้กิจกรรม ประกอบด้วย การฝึกประเมินและวิเคราะห์ หาสาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง การให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การฝึก บันทึกรูปพฤติกรรม การใช้ตัวแบบ การทำสัญญาใจ และการเยี่ยมบ้าน การศึกษาการพัฒนาความแตกฉานด้าน สุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 (นิชดา สารถวัลย์แพศย์, สมยศ ศรีจารนัย, เมทนี ระดาบุตร, ปัฐยาวัชร ปรากฎผล, วนิตา ขวเจริญพันธ์ และลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์,2562) พบว่า เมื่อนำรูปแบบการสร้างความแตกฉานด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การใช้คู่มือคัดกรองความแตกฉานด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การใช้สื่อมัลติมีเดียและ แผ่นพลิก การสอนสุขศึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนและการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องมาใช้กับตัวอย่าง ที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และระดับต่ำ แล้วทำการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ รูปแบบการสร้างความแตกฉานด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มพบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุภายหลังใช้รูปแบบการสร้าง ความแตกฉานด้านสุขภาพเกี่ยวกับการ ป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่สามารถใช้ชีวิตตามปกติในชุมชน สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -35.42, p = .000$)

6. ข้อเสนอแนะ

- 1.การวางแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้วยการเขียน อาจไม่เหมาะกับผู้สูงอายุที่อายุมากๆ สายตาไม่ดี และไม่ถนัดในการเขียน อาจแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการให้อาสาสมัคร หรือสมาชิกในครอบครัว เช่น ลูก หรือหลานช่วยเขียน ซึ่งจะมีประโยชน์ทางอ้อมเพิ่มขึ้น คือ สมาชิกจะทราบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ หรือ อาจจะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้วยการกระตุ้นเตือน เมื่อผู้สูงอายุหลงลืมในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ

2. ผลจากการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การสร้างหลักสูตร/คู่มือ/ชุดความรู้การสร้างความรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียนหรือชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีสุขภาพที่ดี

3. ควรกำหนดนโยบายการสร้างความรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ในกลุ่มวัยอื่น โดยเฉพาะเด็กวัยเรียน เนื่องจากจะเป็นการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับบุคคลให้ติดตัวไปจนตลอดอายุขัย

4. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุด้วยรูปแบบอื่นๆ ที่เหมาะสมและตรงความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดี

7. กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยทุกกลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ให้ความร่วมมือในการลงพื้นที่การสำรวจและการตอบแบบสัมภาษณ์ในการวิจัย ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชาติรี เมธาธราธิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย 7 ขอนแก่น ที่สนับสนุนในการดำเนินงาน นางทัศนีย์ รอดชมภู รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัย 7 ขอนแก่น และกลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุที่สนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

8. เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2556). รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556.ม.ป.ท.: โรงพิมพ์

วัชรินทร์ พี.พี

ทินกร โนรี และ นางลักษณะ พะไยยะ (บรรณาธิการ)(2563).LONG-TERM CARE บริการระยะยาวเพื่อภาวะพึ่งพิงอย่างมีคุณภาพในสังคมไทย.กรุงเทพฯ: บริษัทภาพพิมพ์ จำกัด.

นิชดา สารถวัลย์แพทย์, สมยศ ศรีจรรย์ เมทณี ,ระดาบุตร ปัฐยาวัชร ปรากฎผล, วนิตา ขวเจริญพันธ์ และ ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์.(2562).การพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เขตสุขภาพที่ 4.วารสารพยาบาลตำรวจ.11(1):95-105.

นิธิรัตน์ บุญตานนท์,คินาท แชนอก และนารีรัตน์ สุรพัฒนชาติ.(2562).ประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม,13(30) สืบค้นเมื่อ 17 พ.ย.2563 จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/242600/164918>

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2560).สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559.กรุงเทพฯ: บริษัทพรินท์ออรี่ จำกัด.

รุจิราภรณ์ วรรณธนาทัศน์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม3อ. 2ส.ของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม. วารสารสุขภาพภาคประชาชน.2560.;12(1):17-29.

วีชราพร เขยสุวรรณ, นาวาโทหญิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยธานี. 2560;44(3):183-197.

วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิมลรัตน์ บุญเสถียร, อรทัย เจริญทิพย์เสกุล. (2020). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. APHEIT Journal of Nursing and Health, 2(1):1-19.

สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. นครปฐม: พรินท์ทอรี่.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). สุขภาพคนไทย 2562 : สื่อสังคม สื่อสองคม สภาวะคนไทยในโลกโซเชียล. นครปฐม: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. ม.ป.ท.: Text and Journal Publication Co., Ltd.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2561). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 สืบค้นเมื่อ 17 พ.ย. 2563 <https://bit.ly/39V4vWK>

เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วัชรวิรงค์ หวังมัน. (2563). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(3):419-429.